



Warszawa, dnia

.....
(nazwa uczelni)

.....
(imię i nazwisko studenta)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że korzystałem/am z zanonimizowanej dokumentacji medycznej Narodowego Instytutu Kardiologii przy ul. Alpejskiej 42 w Warszawie (04-628) w dniach

Dokumentacja dotyczyła (leczenia, pielęgnacji, rehabilitacji, odżywienia itp.) pacjentów kliniki/oddziału/zakładu/Zespołu Poradni Specjalistycznych/Poradni przyklinicznych (*odpowiednie podkreślić*) z okresu oddo

Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy wszystkie powzięte z tej dokumentacji dane. Wykorzystałem/am dane z dokumentacji medycznej w obecności

.....
(data i podpis studenta)

F-207-006-004,ed.2



Warszawa, dnia

.....
(nazwa uczelni)

.....
(imię i nazwisko studenta)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że korzystałem/am z zanonimizowanej dokumentacji medycznej Narodowego Instytutu Kardiologii przy ul. Alpejskiej 42 w Warszawie (04-628) w dniach

Dokumentacja dotyczyła (leczenia, pielęgnacji, rehabilitacji, odżywienia itp.) pacjentów kliniki/oddziału/zakładu/Zespołu Poradni Specjalistycznych/Poradni przyklinicznych (*odpowiednie podkreślić*) z okresu oddo

Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy wszystkie powzięte z tej dokumentacji dane. Wykorzystałem/am dane z dokumentacji medycznej w obecności

.....
(data i podpis studenta)